

Avertissement: Notes prises au vol..erreurs possibles...prudence...

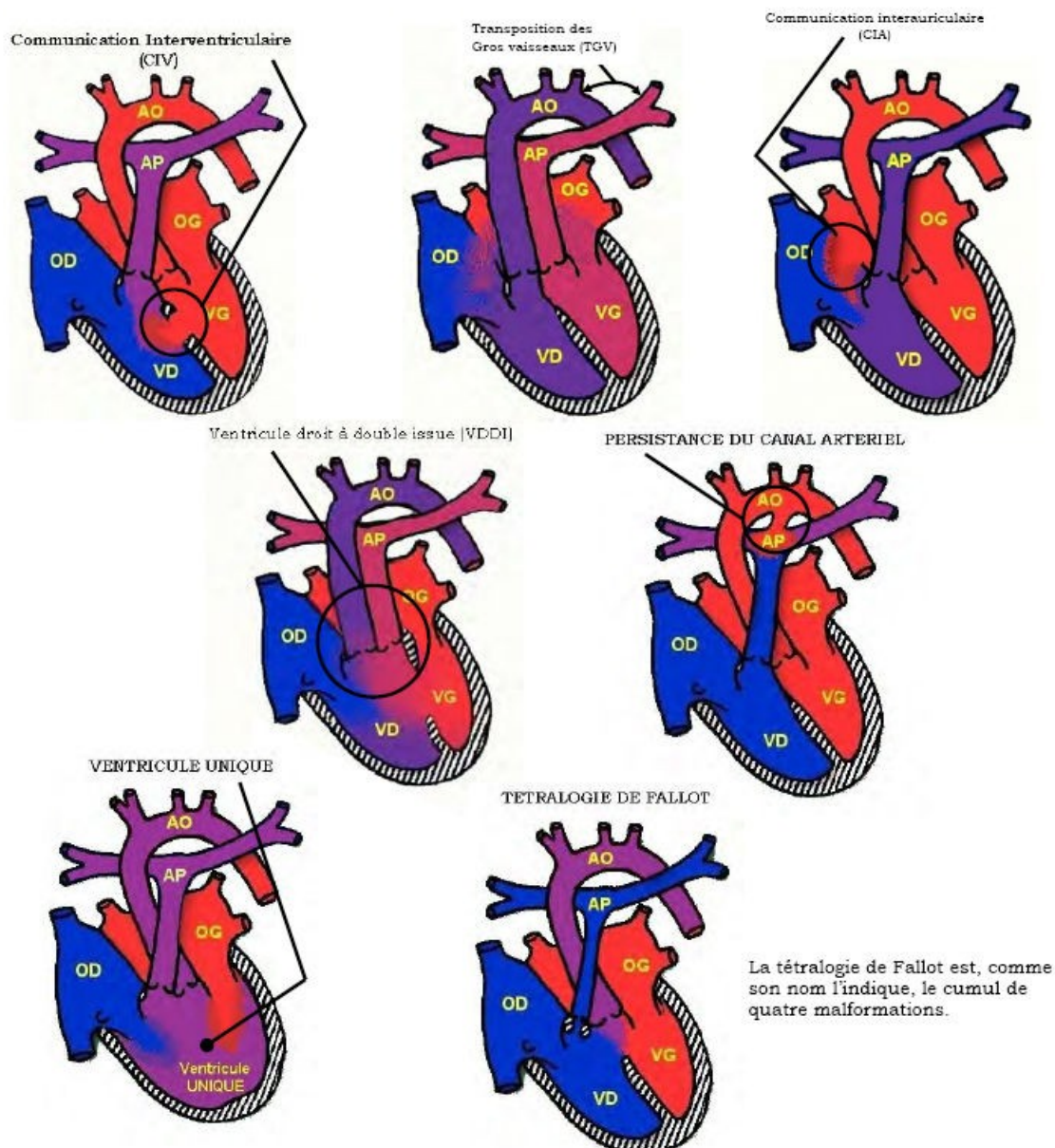
Mardi 12 août 2014
Hôpital cantonal de Genève

Cardiopathies congénitales: Que deviennent elles ?

Dre J. Bouchardy

Les cardiopathies congénitales...ouh lala...c'est loin...

Vite un petit rappel pour remettre les idées en place...



La tétralogie de Fallot est, comme son nom l'indique, le cumul de quatre malformations.

CIV, TGV, CIA, Fallot, je me souviens vaguement des acronymes...et quand ça se complique avec une hypertension pulmonaire fixée, suite au shunt gauche-droit, ça s'appelle Syndrome d'Eisenmenger (merci Wiki).

Le cas prétexte présenté est une jeune femme de 1975 qui est suivie pour une grossesse et qui présente un «souffle au cœur». L'US montre bien qu'il y a quelque chose en amont de la valve aortique, qui se trouve être une membrane sous aortique responsable d'un gradient modéré: 40/20mmHg. (normalement le gradient est faible +/- 5mmHg).

La patiente est suivie tout au long de la grossesse. Le gradient reste à peu près stable jusqu'à la fin et elle accouche normalement sans césarienne.

La prévalence globale de cardiopathies congénitales dans la population est de 2,8/1000, avec une discrète prédominance féminine.

Dans les séries actuelles, l'âge moyen des cardiopathies congénitales graves est de 29 ans, et de toutes les cardiopathies congénitales, de 40 ans.

L'on inclus aussi bien les cardiopathies opérées dans l'enfance que celles découvertes à l'âge adulte. (on peut sans doute en déduire que c'est depuis une 40aine d'années que l'on opère les cardiopathies congénitales graves avec succès...).

La qualité de vie de ces patients (es) est superposable à celle de la population générale, voire un peu supérieure...mais leur devenir dépend naturellement beaucoup de la gravité de la pathologie initiale.

En gros les complications sont:

- les arythmies
- l'insuffisance cardiaque
- l'endocardite infectieuse
- les réinterventions chirurgicales

Parfois il est nécessaire d'implanter un Pace Maker, éventuellement avec resynchronisation, parfois il est nécessaire de donner des vasodilatateurs pulmonaires, finalement il y a l'assistance ventriculairepuis.....la transplantation...

L'incidence de l'endocardite est 15-40 fois plus élevée que dans la population générale, et les complications neurologiques emboliques sont 10-100 fois plus fréquentes.

Pendant les grossesses, l'augmentation du débit cardiaque est un facteur de stress pour le cœur et certaines patients ne le supporteront pas.

Il s'agit de stratifier le risque cardiaque (arythmies, thrombo-embolie, insuffisance cardiaque etc...) ainsi que le risque obstétrical (pré-éclampsie, hémorragie du post partum, accouchement prématuré, fausse couche...).

Il existe une classification OMS du risque obstétrical en 4 classes, ou la classe 1 ne comporte pas de risque, et la classe 4 devrait subir une interruption de grossesse pour un risque excessif.

Pour le suivi de grossesse, on propose habituellement à la classe 1: 1-2 visites, à la classe 2: 1 visite par trimestre, et à la classe 3 (évent. 4) 2 visites par mois.

L'accouchement normal par voie basse est habituellement privilégié, et ce n'est pas parce qu'il existe une cardiopathie congénitale qu'une césarienne est automatiquement conseillée.

On retiendra donc que les patients ayant une cardiopathie congénitale actuellement sont une population très hétérogène, allant de la simple CIA à des cardiopathies complexes.

C'est une population jeune de moins de 40 ans.

La plupart ont une bonne qualité de vie.

Malgré tout, les complications sont fréquentes, en particulier arythmies et insuffisance cardiaque.

La grossesse est possible tout comme un accouchement normal.

Une collaboration est nécessaire entre médecin traitant, cardiologue, obstétricien...

Il existe une consultation spécialisée avec la Dre Bouchardy aux HUGs et au

CHUV, son portable est le 079/556 54 67.

Compte-rendu du Dr Eric Bierens de Haan
ericbdh@bluewin.ch

transmis par le laboratoire MGD
colloque@labomgd.ch